



# Workshop: ADHS im Adoleszentenalter

Dr.med. Meinrad H. Ryffel  
Kinder- und Jugendarzt FMH  
3053 Münchenbuchsee

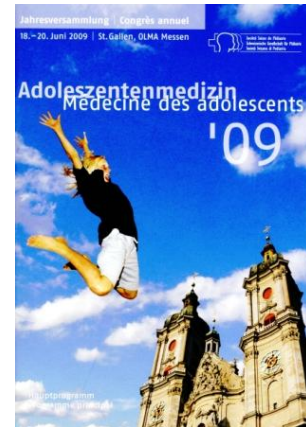
# ADHS in vielen weiteren Workshops thematisiert.....? :

- Compliance
- Suchtmittel konsumierende Jugendliche
- Kontrazeptionsberatung
- Jugendliche und Essstörungen
- Krisensituationen
- Alkohol- und Cannabiskonsum
- optimierte Gesprächsführung



# Vorgesehene Themen:

- Info über Verlauf MTA – Studie nach 8 Jahren
- Praxisprobleme im Adoleszentenalter
  - Dankbare Patienten
  - Schwierig zu führende Patienten
  - Kaum therapierbare Patienten
  - Fragen zur Berufsausbildung
  - Doping
  - Autofahren
  - Militärdiensttauglichkeit
  - Fragen zur Medikation
  - Individuelle Fragen/Probleme



# MTA-Studie

## Multitreatment Assessment Study



A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Arch Gen Psychiatry Vol 56, Dec 99, 1073 ff

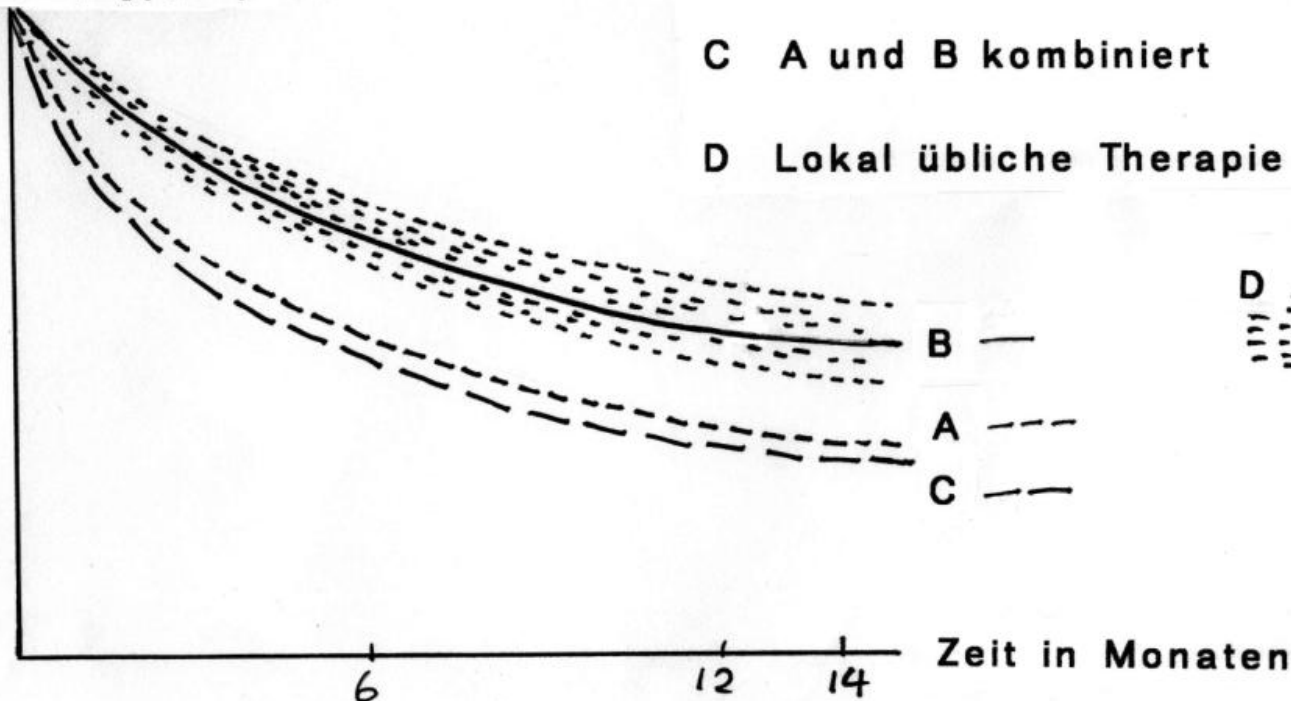
Auswertungen nach 3, 9 und 14 Monaten,  
 erste Publikation nach 14 Monaten mit Er-  
 gebnissen für die ADHS-Symptomatik (und  
 weiterer 15 Kriterien, va bedingt durch die hohe Komorbidität, die  
 ebenfalls dignostiziert wurde)



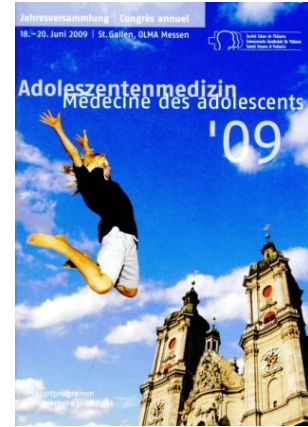
**MTA - Studie aus USA**  
 je 150 Kinder

Ausmass  
 Unaufm, Hyp, Imp

- A Medical Management
- B Optimale psychosoz. Betreuung
- C A und B kombiniert
- D Lokal übliche Therapie



Nach 14 Monaten (aus Kostengründen !) reine Beobachtungsstudie bei Betreuung in üblichem Rahmen („Community Care“), drop out 25 % !.

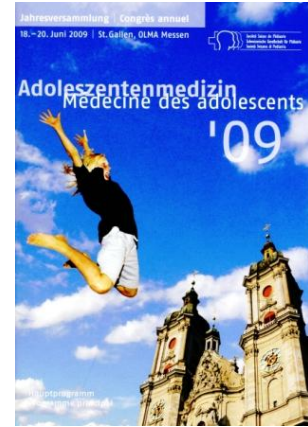


Bereits nach 3 Jahren ist kein Unterschied bzgl. anfänglicher Therapie ersichtlich, allen Kindern geht es jedoch unterschiedlich besser, wobei sich 3 Gruppen unterscheiden lassen:

**A:** 34% weitere langsame Verbesserung und eindeutige Wirkung der Medikation



**B:** 52 % anfänglich gute, jetzt konstant bleibende Verbesserung, Medikationswirkung ?  
**C:** 14% nach anfänglicher Verbesserung wieder Verschlechterung



- ▶ **Gruppe B** mit sozio-oekonomischen Vorteilen:  
Mehr intakte Familien, höherer IQ, besser verdienend, weniger Verhaltensprobleme, sozial kompetenter und als Gruppe zu Beginn zufällig (??) vermehrt in den 2 Behandlungsarmen „Med.“ und „Med/Verhaltenstherapie“

Nach 6 und 8 Jahren, dh mit durchschnittlich 14,5 bis 16,5 Jahre alten Betroffenen und im Vergleich zu einer nach 2 Jahren neu rekrutierten Vergleichsgruppe ohne ADHS (n 289) zeigen sich folgende Ergebnisse:



## Medikation

Noch 32 % nahmen Medikamente mindestens an 50% aller Tage im vergangenen Jahr ein ( mit 14 Monaten waren es 63 %), 83 % davon ausschliesslich Stimulanzen (43 mg/Tag).

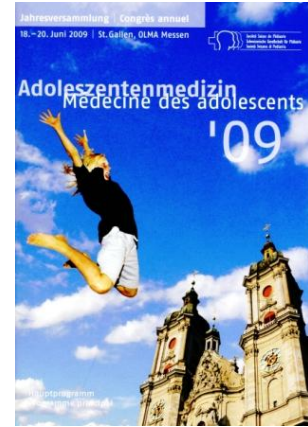


Nur 17 % hatten die Medikation während der ganzen Studie immer eingenommen, die anderen machten zT längere Pausen.



Kein Effekt der ursprünglichen 14 Monate langen Behandlungsvarianten, allen Jugendlichen geht es zwar besser, aber weiterhin besteht ein grosser Unterschied zur „normalen“ Vergleichsgruppe,  
▶ Gruppe B schneidet jedoch insgesamt am besten ab !

Insgesamt wurden 21 Bereiche untersucht, wovon in 19 die MTA-Kinder schlechter abschnitten. Wohl sind die ADHS-Symptome zurückgegangen, die Beeinträchtigung (= „Impairment“ ) im Alltag ist aber weiterhin gross.



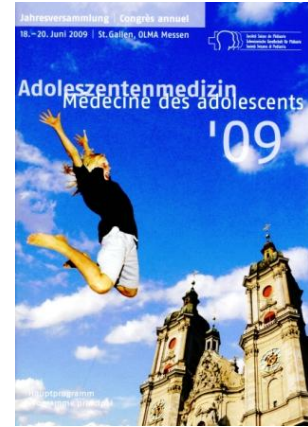
Die Diagnose ADHS und die „Gruppenzugehörigkeit“ bestimmen den Verlauf !

25 % zeigen eine schwere Störung des Sozialverhaltens,

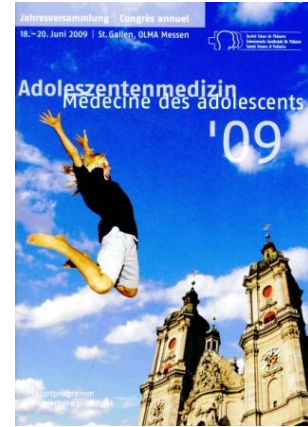
26 % kamen bereits mit dem Gesetz in Konflikt.

Psychosen, Manie oder Hypomanie wurden nur sehr selten beobachtet, Ticstörungen sind in 4 % aufgetreten.

Obwohl in der Zwischenzeit mit Langzeitpräparaten neue Möglichkeiten bestehen, ist die Wirkung der Pharmakotherapie in dieser Verlaufsstudie bescheiden, wahrscheinlich zum grossen Teil dadurch bedingt, dass die Medikation nicht mehr optimal durchgeführt worden war ! Der dramatische Rückgang der noch medikamentös betreuten Kinder scheint dies zu bestätigen.



- ▶ Wahrscheinlich ist – gemäss meinen eigenen jahrzehntelangen Erfahrungen – ein optimales **“Medical Management”** über Jahre, wenn nötig kombiniert mit Verhaltenstherapie, weiterhin die erfolgversprechendste Massnahme

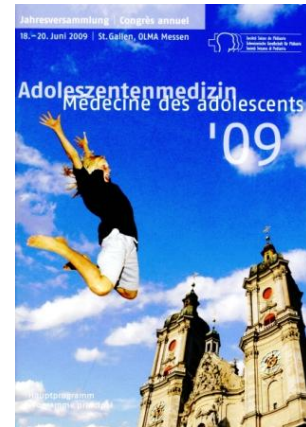


Bedenke ▶ **„Unfortunately teenagers with ADHD are not easy to treat“ .....**

# Dankbare (und sehr zufriedene) Patienten (innen):

Bereits diagnostizierte oder erst jetzt entdeckte Schüler/innen mit gutem bis überdurchschnittlichem Potential und ausgesprochener vorw. Aufmerksamkeitsstörung, resp. allg. gestörter Informationsverarbeitung. Genaue psychologische Untersuchung durch jemanden der Problem ADHS kennt ist jedoch unumgänglich.

- ▶ Diese Betroffenen sind nicht hyperaktiv oder stark verhaltensauffällig, eventuell aber bereits depressiv !



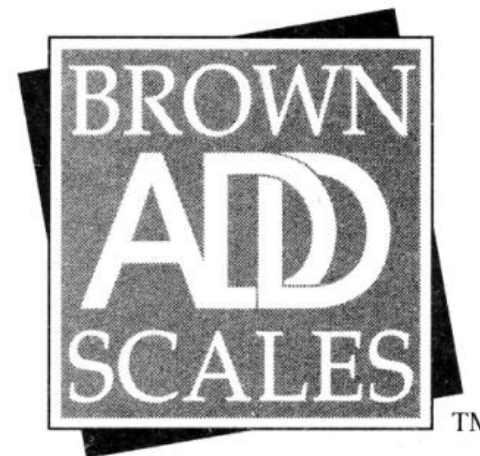
Beachte die anderen Diagnosekriterien im Jugend- und (Erwachsenen-) alter !

vgl **AAk Nr. 8 und 13**

► Sehr bewährt zur Diagnosestellung hat sich der **Fragebogen für Jugendliche nach**

**Tom Brown ! Beurteilung von**

- Handlungsplanung, Selbstorganisation
- Aufmerksamkeit, Konzentration
- Vigilanz, Motivation
- Emotionale Labilität
- Gedächtnisleistungen







In der Regel sehr gutes Ansprechen auf eine Medikation, wenn individuell richtig durchgeführt.



vgl dazu aber Schlagwort „Hirndoping“ ?

## **zT schwierig zu führende Patienten:**

Pubertierende unter Therapie, die Medikation zunehmend verweigern (zT äuss. Einflüsse !), zu frühes Absetzen bei Antritt einer Lehrstelle.

Erfahrungen mit Cannabis und Alkohol

Zu spät entdecktes ADHS bei Betroffenen ohne grosses Potential mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens.

Einzl. Jugendliche im Strafvollzug, der optimale Betreuung vermittelt.



# **Kaum oder nicht therapierbare Patienten**

Unmotivierter Jugendlicher wird von Eltern/  
Sozialarbeiter in die Sprechstunde geschleppt....  
Starker Suchtmittelabusus, chaotische Familien-  
verhältnisse, Jugendlicher ist in gewissen nicht  
kooperationsfähigen Institutionen



## Fragen zur Berufsausbildung

Jeder ADHS-Betroffene hat Anrecht auf IV-Berufsberatung ! (unabhängig von Anerkennung als GG 404), zT heute sehr gut informierte Mitarbeiter in BIZ, indiv. Ressourcen beachten !, Zwischenjahr häufig sinnvoll und nötig, Information des Lehrmeisters in der Regel von Vorteil, Fragen der Medikation regeln (kein zu frühes Absetzen !)





## Doping ?

Sportliche Betätigung als äusserst wichtige Ressource, Beispiel Michael Phelps !

Bestimmungen wechseln häufig

[www.antidoping.ch](http://www.antidoping.ch)

ATZ = Ausnahmegewilligung für therapeutische Zwecke, meist nachgängig möglich.

# Autofahren

In USA wird bereits „Zwangsmedikation“  
für Auto fahrende ADHS - Jugendliche diskutiert  
vgl **AAk Nr.21**







## **Militärdiensttauglichkeit**

Unter Stimulanzen im Prinzip untauglich,  
seit Sommer 2008 sind jedoch Ausnahmen  
möglich (und für viele Betroffene auch sinnvoll !)

vgl **AAk Nr. 15**

# Medikation im Jugendalter

Weiterhin in der Regel sehr wichtig und sinnvoll, aber richtige Durchführung ist Voraussetzung ! Information über Pharmakotherapie unumgänglich (weiterhin sehr bewährt: Broschüre „Felix“)

Wenn Medikation richtig durchgeführt wird, auch bei Jugendlichen meist erstaunlich gute Compliance !





- ▶ zT Toleranzerscheinungen bei Concerta !
- ▶ Cave schleichende Überdosierung, va bei Langzeitpräparaten !
- ▶ zT punktueller Medikamenteneinsatz sinnvoll

**Bedeutung von Strattera** für Jugendliche noch ungewiss, wahrscheinlich zT gewisse Vorteile.

# Individuelle Fragen und Wünsche ????



## Weitere Infos

[www.hansguckindieluft.ch](http://www.hansguckindieluft.ch)

Benutzername            adhs

Kennwort                ryffel

[www.sfg-adhs.ch](http://www.sfg-adhs.ch)

mit Newslettter    **ADHS-AKTUELL ( AAk ) !**



## BEFA 2009 :

Erste Nationale ADHS-Tagung in Nottwil am 5.  
September 2009 sowohl für  
Betroffene wie auch für Fachleute

Info bei [www.sfg-adhs.ch](http://www.sfg-adhs.ch)

